



► 14 Noviembre, 2016

# Señalan que la cirugía bariátrica es segura en pacientes adolescentes

El margen de resección en pacientes operadas de cáncer de mama puede ser inferior a 1 mm

JOSÉ A. RODRÍGUEZ  
 Barcelona

¿Se debe realizar una intervención de cirugía bariátrica a un adolescente de 16 años con un índice de masa corporal superior a 40 y complicaciones asociadas, como hipertensión y diabetes? ¿O es mejor esperar dos años para minimizar riesgos quirúrgicos, aunque ambas patologías dañen su organismo? Este ha sido uno de los principales debates del 31º Congreso Nacional de Cirugía de la Asociación Española de Cirujanos.

Como señaló Raquel Sánchez, directora de la Unidad de Obesidad Mórbida del Complejo Hospitalario de Pontevedra (CHOP) "antiguamente, cuando la cirugía bariátrica se realizaba por vía abierta, había más complicaciones, pero, hoy día, las técnicas de cirugía bariátrica han avanzado mucho y la intervención se puede llevar a cabo a través del ombligo con una cicatriz no visible".

Durante el congreso se han expuesto los resultados de un estudio realizado siguiendo el método Delphi, coordinado por la Unidad de Cirugía Endocrina y Bariátrica del Hospital Universitario Vall d'Hebron, en el que se ha recogido de forma estructurada la opinión de diferentes expertos (pediatras, cirujanos, endocrinos, dietistas...) sobre estudios científicos de cirugía bariátrica en adolescentes. "Se han valorado los beneficios a corto y largo plazo —comentó Raquel Sánchez—, y los resultados muestran que es mejor llevar a cabo la cirugía antes de que las complicaciones aparezcan".

En el mismo estudio se explica que sin un tratamiento médico adecuado los niños extremadamente obesos podrían seguir sufriendo de obesidad en la edad adulta. Los adolescentes con sobrepeso tienen una probabilidad del 70 por ciento de ser adultos obesos o con sobrepeso.

Por eso, señaló esta experta, en muchos casos sería recomendable adelantar la edad de la cirugía de los 18 años a los 16. "Estamos hablando de pacientes con un índice de masa corporal superior a 45 o superior a 40 en los que además se presenten patologías asociadas, como diabetes o hipertensión, y en los que han fracasado otras opciones, como los programas de reducción de peso", indicó. Sánchez comentó que es necesario, en todo caso, esperar a que los adolescentes finalicen su etapa de crecimiento antes de optar por la cirugía. "En torno a los 15 años en el caso de las chicas, y los 16 años en el caso de los chicos. Esta revisión de estudios muestra



Oscar González, del Hospital Universitario Vall d'Hebron; Jaime Jimeno, del Hospital del Mar; Damián García-Olmo, del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.



que esta opción es segura y eficaz, mejora la calidad de vida de los pacientes y ayuda a mantener la pérdida de peso durante toda la vida", aseguró.

## Cáncer de mama

Otro de los estudios presentados en el congreso ha explorado el pronóstico a largo plazo de las pacientes operadas por cáncer de mama con margen de resección libre de enfermedad pero inferior a 1 mm. Como explicó Jaime Jimeno, médico adjunto del Servicio de Cirugía General en el Hospital del Mar-Parc de Salut Mar, en este tipo de tumores el tratamiento quirúrgico muchas veces puede obviar la mastectomía siempre que se realice la resección del tumor con márgenes de seguridad y se aplique radioterapia posterior. "Pero siempre ha habido un conflicto sobre la extensión del margen de seguridad, y hasta hace unos años se recomendaba que ese margen fuera del al menos 1 centímetro entre el tumor y el tejido normal que se extraía. Progresivamente ese margen de seguridad se ha ido reduciendo hasta un milímetro", puntualizó. Si el margen era inferior se aconseja la reoperación de la paciente para asegurar el margen quirúrgico.

En el estudio observacional realizado por este experto, se incluyeron 552 mujeres operadas por carcinoma infiltrante y a las que luego se aplicó radioterapia. Tras un seguimiento de 110 meses a 499 pacientes, se ha observado que en aquellas pacientes en las que se dejaba un margen de resección por debajo de 1

milímetro, pero sin contacto con el tumor y se aplicaba un *boost* suplementario de radioterapia, "las tasas de mortalidad, recidiva local, recidiva ganglionar y recidiva sistémica eran similares a las de las pacientes con un margen de resección mayor, sin necesidad de reoperar a la paciente para ampliar los márgenes de la tumorectomía", dijo Jimeno.

## Uso de ecografía

El uso de la ecografía laríngea transcutánea para el examen de las cuerdas vocales en la tiroidectomía total también ha tenido su protagonismo en el congreso. Una tesis de Enric Caubet, del Hospital Universitario Vall d'Hebron, dirigida por Oscar González, cirujano del mismo centro, apunta a que la ecografía es útil en este sentido.

Como comentó González, "la ecografía no era, hasta ahora, un método válido para valorar la motilidad de las cuerdas vocales tras una tiroidectomía total". En el citado estudio, realizado con aproximadamente cien pacientes, se ha comparado el uso de esta prueba con el *gold estándar*, que es la laringoscopia. A todos los pacientes se les sometía a tiroidectomía total. Antes y después de la intervención se les realizaba una laringoscopia y una ecografía. El principal resultado, señaló González, es que la ecografía tiene un grado de validez del 90 por ciento. "Depende de la curva de aprendizaje, pero, a partir de los 30 pacientes intervenidos, los resultados mejoran claramente", subrayó. Este experto señaló que este estudio es pionero a nivel

nacional, y avalaría el uso de una prueba que es mucho menos invasiva que la laringoscopia.

## Terapia celular

La terapia celular ya ha demostrado su eficacia en la cicatrización de las fístulas. El siguiente paso es trabajar en la curación de las grandes heridas y en la cicatrización en general. "Los cirujanos del siglo XXI hemos superado el dolor, con la anestesia; la infección, con la antisepsia, y la pérdida de sangre, la hemostasia, pero tenemos pendiente la revolución de la cicatrización", explicó Damián García-Olmo, jefe del Departamento de Cirugía del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz-Grupo Quirónsalud y catedrático de Cirugía de la Universidad Autónoma de Madrid.

En este sentido, el grupo de García-Olmo está trabajando en mejorar los efectos de las células. "Tenemos buenos resultados, pero solo podemos curar a un porcentaje de nuestros pacientes y nos preocupan especialmente los que no podemos curar. Por ello, queremos hacer más potentes nuestras células y los métodos para aplicarlas", señaló. Es la primera vez que un producto de este tipo, un medicamento vivo ha superado con éxito un ensayo clínico en fase 3, dijo este experto. "Podemos decir que se han convertido las células en un verdadero instrumento quirúrgico que nos ayuda a curar a nuestros enfermos. En concreto, hemos demostrado que nos puede ayudar a cerrar las fístulas de los pacientes con enfermedad de Crohn", añadió.